Beitrag zur Kasuistik
des
Vulva-Carcinoms.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

an der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Fritz Winkelmann
approb. Arzt
aus Hiltrup bei Münster in Westfalen.

■ ■ ■

München 1912
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Herrn Sanitätsrat Dr. Franz Beckmann (Münster i. W.)
in Verehrung gewidmet.



So häufig auch im allgemeinen die weiblichen Geschlechtsorgane der Sitz bösartiger Tumoren sind, so selten ist unter ihnen, speziell die Vulva vom Carcinom befallen. Es legt davon eine ganze Reihe statistischer Angaben Zeugnis ab. Nach Gurlt's Zusammenstellung aus den derzeitig drei größten Krankenhäusern Wiens kommen maligne Erkrankungen der äußeren Genitalien ungefähr 40 mal seltener, als diejenigen des Uterus vor. (72 : 2780). Gurlt notierte unter 16 637 Kranken mit Geschwülsten 11 140 Weiber und unter diesen 7479 mit Carcinom. Bei den letzteren fand er jedoch nur 72 mal, also ca. 1 Prozent Krebs der Vulva. L Mayer berechnet aus 10 187 Gesamtcarcinomen 3169 oder 31,1 Prozent des Uterus. Nach Virchow trifft nun auf 35—40 Uteruscarcinome ein Vulva-Carcinom. Nach Gurlt auf 48 Uterus-Carcinome 1 Vulva-Carcinom, nach Schwarz, der das Material der Berliner Universitäts-Frauenklinik von 1883—1892 zusammenstellt, auf 38 Uterus-Carcinome ein Vulva-Carcinom. Im ganzen berichtet er über 30 Vulva-Carcinome in den 10 Jahren. Zu ähnlichen Zahlen kommt auch Teller, der eine Fortsetzung der Arbeit von Schwarz liefert, indem er über die folgenden 14 Jahre, 1893—1906, aus der gleichen Klinik berichtet. Er referiert in seiner Abhandlung über 39 verschiedene Fälle von frischem Vulva-Carcinom.

Im nachfolgenden soll das Vulva-Carcinom in der Münchener Universitäts-Frauenklinik Gegenstand kritischer Betrachtung sein. Die Arbeit umfaßt die letzten 17 Jahre — also von 1895 bis 1911 einschließlich —. Es sind in diesen Jahren insgesamt 6460 Patientinnen auf der gynäkologischen Abteilung behandelt worden, darunter befanden sich 1147 Carcinome, oder 17,7 Prozent aller Kranken. Davon betrafen den Uterus allein 893 oder 13,8 Prozent der Gesamtfälle und 77,9 Prozent der Carcinome. Vulva-Carcinome finden sich nur 13 in diesen 17 Jahren, also 1,1 Prozent im Vergleich zu den Gesamtcarcinomen und 1,5 Prozent im Vergleich zu denen des Uterus. Einzelheiten erläutert die Tabelle.

Tabelle 1.

Jahr	Ges. Fälle	Ges. Ca.	Ut. Ca.	Vulva-Ca.
1895	272	69	49	—
1896	268	76	69	—
1897	312	78	66	—
1898	315	81	73	3
1899	343	83	70	1
1900	307	80	59	2
1901	273	79	50	—
1902	339	68	53	2
1903	302	61	42	1
1904	251	55	38	—
1905	255	60	41	—
1906	255	44	30	—
1907	296	53	32	—
1908	516	66	47	1
1909	660	75	65	—
1910	822	59	48	1
1911	674	60	51	2
Sa.	6460	1147	893	13

Lassen wir nun zunächst die Krankheitsberichte der 13 Fälle aus unserer Klinik in chronologischer Ordnung folgen.

Fall 1.

25. Februar 1898.

Hannes Katharina, 58 Jahre, 35 Jahre verheiratet, Bäckersfrau (Zwiesel).

Anamnese: Vater an unbestimmter Krankheit, Mutter an Wassersucht gestorben; als Kind Masern, mit 15 Jahren „Schleimfieber", im 22. Jahre Gebärmutterentzündung, dann nie mehr ernstlich krank. Die erste Regel mit 18 Jahren, stets regelmäßig, 3—4 Tage dauernd, jedoch nach der Gebärmutterentzündung (22 Jahre) viel schmerzhafter und stärkerer Blutverlust. Seit dem 51. Jahre cessieren die Menses. 3 mal normal ohne Arzt geboren, das letzte mal vor 36 Jahren (mit 22 Jahren).

Jetzige Beschwerden: Seit einem Jahre glaubt sie, ein Geschwür an den Genitalien zu haben, das sich allmählich vergrößerte.

Status: Körperernährung gut mit reichlichem Fettpolster. Brüste hängend, reichliches Drüsengewebe, kein Colostrum.

Vulva: Linke große Labie geschwellt, ödematös, an der Innenseite von samtartiger Oberfläche, die leicht blutet und stark schmerzhaft ist. Auch die Clitoris, sowie die linke kleine Labie sind mit in den Bereich des Tumors gezogen. Frenulum erhalten. Scheide kurz. Scheidengewölbe mit dem Scheidenteil verwachsen. Portio quer gespalten. Uteruskörper senil-atrophisch.

Inguinaldrüsen nicht geschwollen, übrige Genitalien gesund.

Behandlung: 2. März Operation: Ein 4 cm breites, 8 cm hohes, von der linken Nymphe ausgehendes, auf Clitoris und rechte Nymphe übergreifendes Cancroid, wird mit Zahnzange der Quere nach gefaßt und mit dem Paquelin flach abgetragen, in der Umgebung von etwa 1 cm im Gesunden. Die art. dors. clitoridis und pudenda sinistra werden unterbunden, sonst Nähte nicht angelegt.

Dauer 10 Minuten. Aether-Narkose gut. Blutverlust mäßig.

4. März: Entfernung der Jodoform-Gaze aus der Wunde. Einpudern mit Amyloform, Urin spontan, Wohlbefinden.

10. März: Keine ungünstige Veränderung. Patientin steht auf, fühlt sich wohl, geringe Sekretion der Wunde.

16. März: Wunde secerniert nur mehr sehr wenig. Sie reinigt sich. Alle Körperfunktionen in guter Ordnung.

24. März: Wunde geheilt.

25. März: Patientin entlassen.

Auf Bericht der Ortsbehörde ist Patientin am 22. Juli 1898 an Krebs gestorben.

Fall 2.

2. November 1898.

Seitz Cäcilie, 62 Jahre, seit 1880 verheiratet, Haushälterin (Unteraurach).

Anamnese: Vater mit 76 Jahren an Wassersucht, Mutter mit 39 Jahren an Gallenfieber, Bruder an Krämpfen gestorben. Selbst vom 15.—17. Jahre chlorotisch, sonst immer gesund, erste Regel mit 18 Jahren, stets regelmäßig mit großem Blutverlust. Keine Entbindung, keine Fehlgeburt.

Jetzige Beschwerden: Seit November 1897 Blutverlust aus den Genitalien, einige Tage dauernd, mit Schmerzen im Unterleib. Wurde deswegen im November 1897 ärztlich behandelt und hat sich dann ziemlich gut bis August d. J. gefühlt. Dann sind die gleichen Beschwerden wiedergekehrt.

Vulva: Beiderseits die Labien entzündlich geschwollen und in derbe, teilweise brüchige Tumormasse verwandelt, deren Umfang nicht festzustellen ist. Oberfläche zum Teil wund, besonders bei der Untersuchung stark blutend. Inguinaldrüsen geschwollen.

Behandlung: Täglich Scheidenspülungen.

9. November Operation: Nachdem mit Zangen der Tumor der rechten Seite gefaßt, wurde in gleicher Weise die carcinomatöse linke Seite herabgeholt und von unten nach oben fortlaufend mit dem Paquelin abgetragen. Oberhalb der Urethra war das Gewebe sehr brüchig, so daß es sich mit der Zange nicht fassen ließ, sondern nach Abtragung der ganzen Geschwulst mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden mußte. Dabei ergab sich, daß die Wucherung bis auf den Knochen fortgeschritten

war, sie ging, auch die Urethra umfassend, auf die Scheide über. Die Excochleation der letzteren wurde einer späteren Sitzung vorbehalten. Blutverlust mäßig, Operationsdauer 15 Minuten. Chloroform-Narkose ungestört.

Patientin hat nach der Operation nicht gebrochen und sich rasch erholt. Puls deutlich aussetzend.

12. November: Spontan Stuhl und Urin, Wohlbefinden.

13. November: Gaze entfernt, Spülungen.

18. November: Bleiwasser-Umschläge um die Vulva.

23. Dezember: Entlassen.

Trotz aller Nachforschungen von keiner Seite über ihr Fortleben etwas zu erfahren.

Fall 3.

12. Mai 1898.

Schmidt Katharina, 69 Jahre, seit 1854 verheiratet, Bahnarbeitersfrau (München).

Anamnese: Immer gesund. Menses seit dem 15. Jahre. Reichlich blutend, regelmäßig bis zum 48. Jahre. 12 Entbindungen, alle ohne ärztliche Hilfe und ohne starken Blutverlust. Keine Fehlgeburt.

Jetzige Beschwerden: Seit einem halben Jahr Schmerzen beim Wasserlassen. Urin nicht trüb. Auf ärztlich verordnete Pulver besser. Seit 4 Monaten merkt Patientin Geschwulst an der linken großen Schamlippe, die sich vergrößert. In derselben ebenfalls Schmerzen. Deswegen bis jetzt in Behandlung.

Status: Mittelgroß, kräftig gebaut, senil aber gut ernährt, Leib nicht schmerzhaft auf Druck, kein Tumor fühlbar.

Vulva: Etwas klaffend. Die kleinen Labien überragen die großen. Linkes Labium minus in seiner ganzen Ausdehnung vergrößert und derb verdickt, rechts infiltriert. An der Innenfläche desselben und um das Orificium urethrae flache Erosionen. Leistendrüsen nicht ergriffen.

Anatomischer Befund: Plattenepithel der Labia minora erhalten. Es geht von dem des linken ein Carcinom aus, das sich noch nicht übermäßig weit in die Tiefe erstreckt.

Behandlung: 16. Mai Operation: In Chloroform-Narkose wurden die Labia minora, sowie Frenulum Praeputium und caput clitoritis mit dem schneidenden Paquelin abgetragen. Die cancroide Ulceration war zwar auf die Innenfläche des linken Labium minus beschränkt, aber die dort befindlichen Partien des Frenulum, Praeputium, sowie die rechtsseitige Lippe infiltriert. Drüsen nicht beteiligt. Blutverlust mäßig. Dauer 15 Minuten. Kein Erbrechen nach der Operation. Subjektives Wohlbefinden.

18. Mai: Beim Harnlassen geringe brennende Schmerzen. Schorf stößt sich ab. Geringe Wundsecernierung. Einpuderung mit Amyloform.

23. Mai: Die Operationswunde noch nicht überhäutet. Mit grauem Schleim bedeckt. Auch an der rechten großen Labie wunde Stelle. Links einzelne vergrößerte Leistendrüsen. Subjektives Befinden gut. Beim Urinieren noch Schmerzen. An Stelle der Clitoris gerötete Fläche. Wundfläche nässend. Entlassen.

Fall 3a.

30. November 1898: (I. Rezidiv der Schmidt Katharina, 69 Jahre.)

Vulva: Die untere Hälfte des linken Labium majus und des Vestibulum ist von einem stark infiltrierten, anscheinend carcinomatösen Ulcus mit wulstigen Rändern von etwa Taubeneigröße eingenommen. An dem unteren Rande der Urethra Granulationen.

Behandlung: 6. Dezember Operation: Es wurde an dem hinteren Drittel des Labium majus sin. etwa $1/2$ cm von der Basis entfernt der erkrankte Teil gefaßt und mit dem Paquelin abgetragen, wobei zugleich eine an der Fossa navicularis befindliche Erosion excidiert, und die aus der Harnröhre etwas hervor ragende Schleimhaut kauterisiert wurde. Chloroform-Narkose gut. Dauer der Operation 8 Minuten. Patientin mußte am Abend der Operation katheterisiert werden, dann Stuhl und Urin spontan ohne Schmerzen. Wohlbefinden, glatter Heilungsverlauf.

21. Dezember: Entlassen.

Fall 3b.

1. März 1899: (II. Rezidiv der Schmidt Katharina, 70 Jahre.)

Anamnese: Patientin kommt in die Klinik, weil sich an der linken Schamlippe ein tiefes Geschwür gebildet hat und die Drüsen der linken Inguinalgegend größer geworden sind.

Status: Leib nicht aufgetrieben, Haut in Falten gerunzelt, im rechten Hypogastrium fühlt man eine ziemlich flache Resistenz, die unter dem Rippenbogen hervortritt, und über der der Perkussionsschall gedämpft ist. In der linken Inguinalgegend liegt eine etwa eigroße harte Drüse, die unempfindlich ist.

Vulva: Klaffend. An der linken Labie, ungefähr im unteren Drittel, sieht man ein tiefes kraterförmiges Geschwür mit gerötetem Wall. Auf der Abtragungsfläche der früheren Operation ist der linke obere Winkel fest infiltriert und mit knötchenförmigen Erhebungen besetzt.

Behandlung: 4. März Operation: Die Vernarbung von der ersten Operation war bis auf einen kleinen, nicht ganz kirschgroßen Knoten am unteren Ende eine sehr gute. Introitus vaginae, Damm alles glatt. Oberhalb des Knotens fand sich eine halb walnußgroße exulzerierte Drüse. Beide wurden in continuo mit dem Paquelin abgetragen und die Wunde mit drei Catgutnähten zusammengezogen. Chloroform-Narkose. Dauer 10 Minuten. Gut verlaufen. Nachher Würgen und etwas Kopfschmerzen. In

den nächsten 4 Tagen täglich 3 mal katheterisiert, dann spontan Urin. Leichte Temperaturanstiege, geringe Eiterung. Auf Jodätzung, gute Granulation und schnelle Vernarbung.

23. März entlassen.

Fall 3c

8. Juni 1899: (III. Rezidiv der Schmidt Katharina, 70 Jahre).

Anamnese: Patientin klagt über geringe Schmerzen, sowie über ein langsam, seit der letzten Operation entstandenes, nach der linken Inguinalgegend ziehendes, übelriechendes Geschwür, das sie am Gehen stark behindere.

Status: Auffallend reduzierter Ernährungszustand. Ikterische Hautverfärbung.

Vulva: Vom Ligamentum Poupartii sin. zieht gegen die linke Commissur der Vulva ein ca. 14 cm langes Geschwür, mit unregelmäßigen Rändern und eitrig belegtem Grunde; stark jauchiger Geruch. Lab. maj., Lab. Min., Clitoris und Frenulum fehlen vollständig; an der hinteren Commissur ist links eine über kirschgroße, derbe circumskripte Resistenz; auch in der linken Inguinalgegend finden sich direkt an das Ulcus anschließend, mehrere harte Drüsenpakete. Rechtsseitige Inguinaldrüsen vergrößert bis Haselnußgröße.

Behandlung: 9. Juni etwas stärkere Schmerzen, die namentlich gegen die Symphyse ausstrahlen.

10. Juni: Bestreuung des Geschwüres mit Salicyl-Amylum.

11. Juni: Stark fötider Geruch mit geringem Oedem der Umgebung.

14. Juni: Der obere Teil des Ulcus zeigt in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes rotviolette Verfärbung. Druckempfindlichkeit für das leiseste Anfühlen.

Operation: Es wurde mit dem Doppelhäkchen das große cancroide Ulcus (vom mons veneris bis in die Inguinalgegend reichend) am rechten Rande gefaßt und mit dem Paquelin von unten nach oben ausgeschnitten. Der linke leicht gewulstete Rand und die flachgranulierte Basis wurden mit dem Kugelbrenner verschorft.

Dauer der Operation ca. 4 Minuten. Narkose nicht tief, trotz 300 ccm Aether. Nach der Operation zweimal Erbrechen. Die Rötung nimmt ab, der Schorf stößt sich bald und gut ab. Puls irregulär. Minimalwelle nur von halber Höhe.

21. Juni: Wegen sehr starker Schmerzen Aufstehen fast unmöglich. Orthoform-Bestäubung.

30. Juni: Ulcus hat sich ganz gereinigt. Schmerzen sind geschwunden. Patientin steht regelmäßig täglich kurze Zeit auf. Gute Granulation, zeitweilig geringe, stechende Schmerzen.

4. Juli entlassen.

Gewicht bei Aufnahme 89 Pfund, bei Austritt 89 Pfund.

Es ließ sich nur ermitteln, daß Patientin längst — mindestens vor 12 Jahren — an Krebs verstorben ist.

Fall 4.

11. September 1899.

Rentl Katharina, 75 Jahre, verheiratet seit 1857, Bauersfrau (Zwiesel).

Anamnese: Von 10 Geschwistern 7, desgleichen die Eltern an unbekannter Ursache gestorben. Patientin als Kind halsleidend, sonst immer gesund. Menses seit dem 13. Jahre, regelmäßig mit starkem Blutverlust, 3—5 Tage dauernd. Seit dem 51. Jahre Menopause. 10 Entbindungen, alle ohne Störung; die erste mit 22, die letzte mit 36 Jahren. Einmal Schüttelfrost im Wochenbett, zwei Fehlgeburten, beide mit 3 Monaten.

Jetzige Beschwerden: Seit ca. 4 Jahren teils brennende, teils ziehende Schmerzen in der Schamgegend. Brennen beim Wasserlassen. Zeitweilig weißlich schleimiger Ausfluß.

Status: Klein, sehr senil, reduzierter Ernährungszustand. Keine Oedeme, Inguinaldrüsen nicht geschwollen.

Vulva: Geschlossen. Am rechten großen Labium ist an der Innenseite ein etwa einpfennigstückgroßer, grauweißlich belegter Substanzverlust mit etwas geröteter und infiltrierter Umgebung. Auch das linke große Labium fühlt sich etwas infiltriert an. Beide kleine Labien sind mit grauweißen Massen belegt, sind verdickt und fühlen sich hart an. Am Ende des linken kleinen Labiums eine erbsengroße Purzel von derber Consistenz. Das Ulcus erstreckt sich bis in den oberen Rand der Harnröhrenmündung. Urethra selbst scheint frei zu sein; vom Frenulum und Clitoris nichts mehr zu entdecken.

Die Portio fühlt sich derb an. Im übrigen sind die Genitalien nicht pathologisch verändert. Rechts zwei, links eine mäßig derb geschwollene Inguinaldrüse. Ein zipfelförmiger Auswuchs am rechten kleinen Labium war zwei Tage nach Eintritt mit schneidendem Paquelin entfernt worden zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung. Resultat: Deutlich Platten-Epithel-Carcinom.

Behandlung: 15. September Operation: In Chloroform-Narkose wurde die erkrankte Partie ca. $1/_2$ cm im Gesunden umschnitten und vollständig abpräpariert. Die erkrankte Partie umfaßte die kleinen Labien und das ganze obere Ende der Vulva; sodann wurde die spritzende Clitoris-Arterie gefaßt, die Wunde durch zwei versenkte Catgutfäden verkleinert und die Haut mit drei Fils de Flor. in der Weise vereinigt, daß der obere Teil nur mehr von dem großen Labium gebildet wurde. Urethra unverletzt. Introitus noch fast für zwei Finger durchgängig. Hierauf wurde durch einen ca. 2 cm langen Schnitt zunächst die linke carcinomatöse, etwa bohnengroße Drüse entfernt und die Wunde mit zwei Fils de Flor. geschlossen, dann rechts zwei Drüsen von der näm-

lichen Beschaffenheit und Größe entfernt und auch hier die Wunde in der gleichen Weise geschlossen. Beiderseits Heftpflasterverband.

Dauer der Operation ca. 20 Minuten. Chloroformverbrauch ca. 20 ccm. Narkose ungestört. Blutverlust mäßig. Nach der Narkose zweimal erbrochen. Patientin klagt über starke Schmerzen in der Magengegend und an der Vulva. Bestreuen der Vulvawunde mit Orthoform. Katheterismus. Die Drüsenexstirpationswunden heilen schnell und reaktionslos. Beim Wasserlassen geringes Brennen.

21. September: Entfernung der Nähte aus der Operationswunde. Ränder gut verheilt. Keine Reaktion. Subjektives Wohlbefinden.

22. September entlassen.

Gewicht bei der Aufnahme 86 Pfund, bei der Entlassung 89 Pfund.

Trotz aller Nachforschung ist über den Verbleib der Patientin nichts in Erfahrung zu bringen.

Fall 5.

19. Juni 1900.

Kaifel Anna, 46 Jahre, Schmiedsfrau (Hetzdorf).

Anamnese: Eltern verstorben. Geschwister leben und sind gesund. Selbst nie ernstlich krank. Menses mit 15 Jahren, stark, 8 Tage dauernd, regelmäßig, ohne Beschwerden. Seit zwei Jahren setzt die Periode 3—4—6 Monate aus. 9 Entbindungen, (2 Totgeburten), ebenso die Wochenbetten normal verlaufen.

Jetzige Beschwerden: Ungefähr seit Januar Jucken an den äußeren Genitalien, das sich namentlich im Bette bis zur Unerträglichkeit steigert.

Status: Mittelgroß, gesundes Aussehen, gute Ernährung, Herz und Lunge gesund, Brüste schlaff, auf Druck Colostrum Drüsensubstanz und Fett stark reduziert. Inguinaldrüsen leicht geschwollen.

Vulva: Größtenteils entartet, durch eine starke, kranzförmig, namentlich die kleinen Labien und die Clitoris umgreifende, an der Oberfläche nekrotisierende Wucherung mit scharfen etwas zerfressenen Rändern. Im linken großen Labium eine erbsengroße Perforationsöffnung.

20. Juni: Operation. Von links unten wurde mit dem schneidenden Paquelin die Geschwulst abgetragen, dabei in der Höhe des Symphysen-Scheitels 3 Arterien unterbunden, dann quer über die Symphyse weggegangen nach der rechten Seite und schließlich die ganze Wunde vereinigt. Chloroform-Narkose 18 Gramm. Nach der Narkose dreimal erbrochen, katheterisiert.

Mikroskopischer Befund: Schnitte aus verschiedenen Teilen zeigen stellenweise noch regulären Plattenepithelbezug der

Vulva, größtenteils aber sieht man an der Oberfläche in die Tiefe dringende, kleine alveolär angeordnete Stränge und Zapfen atypischer Epithelwucherung, vom Plattenepithelcharakter mit zahlreichen Krebszellen. Das Grundgewebe besteht aus lockerem, zum Teil infiltriertem Bindegewebe mit vielfach dilatierten Gefäßen.

Diagnose: Kleinalveoläres Plattenepithel-Carcinom der der Vulva.

21. Juni: Geringe Beschwerden, Kopfweh, Erbrechen, kein Stuhl, Urin spontan, Appetit vermindert, über dem Os pubis ziemlich empfindlich.

25. Juni: Gutes Allgemeinbefinden, geringes Brennen an der Wunde.

26. Juni: Die Nähte sind sämtlich ausgerissen, die Wundränder erscheinen speckig belegt. Wundflächen liegen in ihrer ganzen Ausdehnung frei. Wiederholte Abspülung, Alsolpuderung.

27. Juni: Der Belag hat sich abgestoßen, die Granulationen sind von frischer roter Farbe. Die noch vorhandenen Catgutfäden werden entfernt.

4. Juli: Patientin darf aufstehen. Keine Beschwerden.

7. Juli: Zur ambulanten Behandlung entlassen.

Befund beim Austritt: Die Wundflächen zeigen gute Granulationen von frischroter Farbe, von den Rändern schreitet die Epidermisierung rasch vorwärts. Gutes Allgemeinbefinden.

Gewicht bei Aufnahme 104 Pfd., bei Austritt 101 Pfd.

Auf Anfrage von den Verwandten die Auskunft, daß Patientin bereits im gleichen Jahre ihrem Leiden erlegen ist.

Fall 6.

13. November 1900.

Schamberger Anna, 54 Jahre, Schneidersfrau (Walkertshofen).

Anamnese: Vater an Lungenentzündung, Mutter an Wassersucht gestorben. Patientin lernte spät gehen, mit 14 Jahren Diphteritis, vor 11 Jahren Gicht. Menses seit dem 18. Lebensjahre, unregelmäßig, 8 Tage dauernd. Die ersten Tage stark; Ostern 1900 circa Blutung von mehrwöchiger Dauer. 8 Entbindungen, alle spontan. Alle Kinder waren gesund, 4 starben 8—14 Tage nach der Geburt, 1 mit 5 Jahren; 3 leben und sind gesund.

Jetzige Beschwerden: Im Juni/Juli v. Js. bemerkte Patientin ein Pünktchen an der rechten großen Labie. Durch Juckreiz wurde die Frau zum Kratzen verleitet. Das Pünktchen wurde größer und größer. Weil keine Schmerzen, zog sie auch keinen Arzt zu bis jetzt. Gegen Mitte März stellten sich heftige Blutungen ein, die sich, nachdem ca. 4 Tage dazwischen lagen, auf 3—5 Wochen erstreckten. Die Blutungen hörten gegen Anfang

Mai wieder auf. Patientin wurde aber schwächer und magerte ab. Auch hatte sie Beschwerden beim Gehen. Deshalb ging sie vor 8 Tagen zum Arzt, der sie hierher schickte.

Status: Klein, mäßig ernährt, abgemagert, Herz und Lunge gesund, Brüste schlaff, fett- und drüsenarm. Beide Inguinaldrüsen leicht geschwollen.

Vulva: Klaffend, große Labien sehr beträchtlich verdickt und verhärtet. Damm nicht erhalten. Kleines Labium links noch etwas erhalten, verdickt und aufgewulstet. Beide Labia minora sind in eine granulierende Fläche verwandelt, an der Innenfläche durch zahlreiche Borken und Exkoriationen verdickt. Auch die alte Dammwunde ist fast bis an das Rectum hin in eine granulierende frisch rot gefärbte Fläche gewandelt. Beim Auseinanderhalten der stark verdickten Labien zeigt sich, daß eine nur an der Unterfläche des linken Lab. min. ungefähr centimetergroße Hautbrücke übrig geblieben ist. Auch die hintere Vaginalwand sieht nur ungefähr in der Ausdehnung einer Haselnuß unverändert hervor. Die vordere Vaginalwand ist ebenfalls, soweit man sie von außen sehen kann, in den Tumor mit einbezogen. Die Gegend der Clitoris ist auch in einen höckerigen Tumor verwandelt. Die Harnröhrenmündung ist nicht deutlich zu erkennen, doch scheint eine unter der Clitoris befindliche Einziehung die Mündung zu sein. Die Ränder der Lab. maj. sind mit Borken bedeckt. Die Wände derselben sind schwarz und hart. Introitus vag. ziemlich weit. Vagina erweitert sich geringgradig nach oben. Die vordere Vaginalwand ist beinahe bis in das Scheidengewölbe stark infiltriert und mit reichlich blutenden, höckerigen Massen bedeckt. Der Muttermund steht vor und ist über der Spinallinie eingerissen; vor allem nach der linken Seite. Die vordere Muttermundslippe etwas dicker als die hintere.

Behandlung: 13. November klinische Vorstellung: Die Erkrankung reicht von Clitoris bis Anus und muß in der Gegend der Harnröhre entstanden sein, da hier die tiefsten Zerstörungen sind. Neoplasma zeigt nur geringe Sekretion.

14. November: Operation: Die Abtragung des Carcinoms begann unten rechts am Damm und wurde auf die linke Seite hinüber bis zu derselben Stelle fortgesetzt. Die spritzenden Gefäße, ca. 8, wurden mit Klammern gefaßt und nachträglich umstochen. In die etwas nach links verzogene Urethra, die von Ca.-Massen ebenfalls umwuchert war, wurde eine Sonde eingeführt, und unter derselben das Ca. abgetragen. Dann wurden mit dem Kugelbrenner die Wundflächen verschorft und schließlich in den untersten Teil der Vagina zwei Jodoformgaze-Tampons eingelegt und die übrige Wunde durch Jodoformgaze gedeckt, die durch Heftpflasterstreifen fixiert wurde.

Dauer der Operation: 30 Minuten. Narkose (Chloroform 10 Gramm, Aether 140 ccm) gut verlaufen, Blutverlust nur mäßig. Nach der Operation Erbrechen, spontan Wasserlassen.

15. November: Entfernung der Tampons, Wohlbefinden. Wunde eitert nicht, wird mit Amyloformpulver bestreut und Jodoformgaze bedeckt.

30. November: Patientin steht auf und fühlt sich andauernd recht wohl.

11. Dezember: Klinische Vorstellung: Die Inguinaldrüsen sind kaum noch zu fühlen. Oben am Mons Veneris ist die Wunde fast vollkommen verheilt. Nach unten ist der Zustand der gleiche, denn hier konnte nicht im Gesunden operiert werden.

12. Dezember: Entlassen.

Gewicht bei der Aufnahme 86 Pfund, bei der Entlassung 80 Pfund.

Nach dem Berichte der Verwandten ist Patientin am 31. Dezember 1901 an ihrem Leiden gestorben.

Fall 7.

25. Juni 1902.

Redinger Marie, 49 Jahre, Wäscherin (München).

Anamnese: Mutter an Magenkrebs gestorben. Patientin selbst mit 30 Jahren angeblich leichten Typhus.

Sonst nichts besonderes. Erste Menses mit 16 Jahren. Stets regelmäßig, sehr profus, ohne Beschwerden, seit 5 Jahren unregelmäßige Blutungen. Letze Regel vor 6 Monaten. Zweimal normal geboren, 1 Kind mit 19 Jahren an Peritonitis gestorben. Das andere lebt und ist gesund.

Jetzige Beschwerden: Schmerzen in der Schamlippengegend, übelriechender Ausfluß. Wurde bisher von Kurpfuscher behandelt mit Thee, Pulvern, Tinktur und Lichtbädern.

Status: Mittelkräftig, anämisch, kachektisch. Am ganzen Körper eine große Anzahl erbsen- bis tellergroßer Naevi pegmentosi, teils mit, teils ohne Behaarung. Farbe hellbraun bis — besonders am Abdomen — dunkelblau, aber niemals und nirgends Druckempfindlichkeit. Inguinaldrüsen beiderseits bedeutend geschwollen und empfindlich. Rechts etwa tauben-, links hühnereigroß.

Vulva: Klaffend, rechtes großes und kleines Labium, gänseeigroß, sehr druckempfindlich, durchsetzt von, von der Innenfläche ausgehenden, eiterig belegten, zerklüfteten Wucherungen. Kontaktwucherungen auf dem linken Lab. maj. und min. und auf der Innenseite des linken Oberschenkels. Patientin klagt besonders über brennende Schmerzen an den afficierten Stellen. Die Drüsenschwellungen nehmen zu.

Behandlung: 2. Juli Operation: Versuch der Medullaranalgesie: Bei wiederholten Versuchen den Rückenmarkskanal

zu punktieren kam man immer wieder in der Tiefe auf Knochen, und Flüssigkeit ging nicht ab. Dabei reagierte Patientin außerordentlich lebhaft. Deswegen wurde zu Schleich I übergegangen. Nach Verbrauch von 50 ccm trat oberflächliche Respiration, dann Aussetzen der Atmung ein, so daß längere Zeit künstliche Atmung gemacht werden mußte, worauf die Respiration wieder vollständig in Gang kam. Im ganzen wurden 70 ccm verbraucht.

Mit dem schneidenden Paquelin wurde das rechte Lab. maj. und min., die Clitoris und ein Teil des Lab. min. der linken Seite abgetragen. Dann eine Reihe von Umstechungen zur Vereinigung der Wundränder und zur Beseitigung der Blutung gemacht. Dauer der Operation 25 Minuten, Blutverlust ziemlich reichlich.

Mikroskopischer Befund: Hornkrebs der Vulva auf die Vagina übergehend.

Nach der Narkose Erbrechen, leichter Kopfschmerz, ziemlich heftige Schmerzen an der Operationswunde, doch lassen diese schon gegen Abend nach. Spontan kein Urin, der Versuch, den Katheter einzuführen, scheitert an der enormen Schwellung der Umgebung des Orifiziums. Am andern Morgen mehrmals spontan Harn. Die Wunde secerniert stark eiterig, etwas übelriechend. Die Schwellung der Inguinaldrüsen hat zugenommen. Diese sind höchst empfindlich. Sonst subjektives Befinden gut.

11. Juli: Für eine halbe Stunde aufgestanden, Sitzen unmöglich, beim Gehen keine Schmerzen.

19. Juli: Als gebessert entlassen.

Befund bei der Entlassung: Wundfläche ziemlich trocken. Drüsenschwellung in der Inguinalgegend etwas zurückgegangen und auf Druck nur mehr wenig schmerzhaft.

Gewicht bei der Aufnahme 101 Pfund, bei der Entlassung 99 Pfund.

Nach Bericht der Tochter blieb Patientin von der Zeit an, obwohl sich ihr Allgemeinbefinden nach der Operation sehr gebessert hatte, auch zu Hause bettlägerig, und starb im Oktober 1903 nach fünfwöchigem Krankenlager im Krankenhause links der Isar an Krebs.

Fall 8.

11. September 1902.

Wellein Anna, Schreinerswitwe, München, 70 Jahre.

Anamnese: Seit ca. einem Vierteljahr Beschwerden beim Urinieren. Sonst immer gesund, zweimal geboren.

Status: Vulva: geschlossen; am Clitoriswulst eine ca. taubeneigroße Geschwulst, die sich mäßig weich anfühlt. Die bedeckende Haut ist ödematös geschwollen. Die Innenfläche der kleinen Labien, sowie die Gegend zwischen Präputium clitoridis und Orifficium vag. stellt eine zerfressene morsche, leicht blutende

Fläche dar, die dem Aussehen nach als carcinomatös verändert angesehen werden muß. Wegen großer Schmerzhaftigkeit bei Berührung konnte die innere Untersuchung nicht ausgeführt werden. In Narkose vorgenommen zeigt sich die Vagina nach oben hin ringförmig verengt. Portio nur noch eben zu erreichen. Mit Rücksicht auf die bei der Untersuchung aufgetretene ziemlich starke Blutung wurde die weitere Untersuchung unterlassen.

13. September: Operation: Mit dem scharfen Löffel wurden die bröckeligen Massen gründlich abgekratzt, dann die Wundfläche mit dem Paquelin gehörig verschorft. Einlegung eines Dauer-Katheters bereits vor Beginn der Operation. Nach dem Erwachen aus der Narkose heftige Schmerzen.

Mikroskopischer Befund: Plattenepithel-Ca. der Vulva.

14. September: Entfernung der Tampons, reichliche, übelriechende Sekretion.

16. September: Bedeutende Schwellung der Vulva. Bleiwasser-Umschläge.

19. September: Entfernung des Dauer-Katheters, Urin spontan, aber mit starken Schmerzen.

22. September: Patientin steht auf.

24. September: Schwellung der Vulva besteht noch. Sekretion mäßig, etwas übelriechend, keine Blutung.

28. September: Ungeheilt entlassen.

Fall 8a

11. November 1902: (Rezidiv der Wellein Anna, 70 Jahre).

Status: Die Erscheinungen von seiten des Ca. haben noch weiter zugenommen. Ebenso die Drüsenschwellungen. Starker Ausfluß. Zwischen den großen Schamlippen ragt ein apfelgroßer Tumor hervor, der oben am Mons veneris endet, unten an der Grenze der kleinen Schamlippen, oberhalb des Frenulums. Die Oberfläche desselben ist höckerig mit blasser durchscheinenden Partien und einer Reihe von kleineren und größeren Substanzverlusten, die ein sinuöses Aussehen zeigen. Auf der Innenfläche, an der Basis der Clitoris, deren Köpfchen man noch deutlich zum Teil erhalten sehen kann, sind die größten Ulcerationen.

Behandlung: 15. November Operation: Der Tumor wurde von beiden Seiten mit je einer Zahnzange gefaßt, dann am unteren linken Ende die Abtragung mit dem Paquelin begonnen, und bis zum unteren Ende auf der rechten Seite in continuo vollendet. Der untere tiefer in die Vagina ragende Teil wurde zunächst unberücksichtigt gelassen. Die im Mons veneris befindliche Wunde wurde durch zwei tiefgehende Nähte geschlossen und dann von der Vagina aus die Abtragung erst linkerseits fortgesetzt. Rechts war das Neoplasma so brüchig, daß

es nur mit dem scharfen Löffel entfernt werden konnte. Dauer der Operation 25 Minuten. Chloroform-Narkose (40 ccm).

17. November: Stechende Schmerzen an der Operationsfläche, im allgemeinen ziemliches Wohlbefinden. Starkes Brennen beim Urinlassen.

20. November: Schmerzen lassen langsam nach.

1. Dezember: Klinische Vorstellung: Sekretionsfläche bedeutend verkleinert. Sekretion gering. Nur wenig Stechen. Vernarbung noch nicht weit vorgeschritten.

7. Dezember: Die Wunde der Vulva schrumpft immer mehr zusammen. Sekretion sehr gering. Patientin klagt noch über Stechen in der Operationsgegend. Allgemeinbefinden und Ernährungszustand haben sich bedeutend gebessert.

9. Dezember: Gebessert entlassen.

Gewicht bei der Aufnahme 102 Pfund, bei der Entlassung 97 Pfund.

Ueber die Patientin war nur noch in Erfahrung zu bringen, daß sie vor ca. 10 Jahren an Krebs gestorben ist.

Fall 9.

24. März 1903.

Neuhauser Rosalie, 41 Jahre, Taglöhnersfrau (Sandelshausen).

Anamnese: Als Kind immer kränklich, erste Menses mit 21 Jahren, immer unregelmäßig, alle 8—12 Wochen und sehr schwach, 1—2 Tage dauernd. Schmerzlos. Seit 3 Jahren stärker und regelmäßig, zuletzt vor 14 Tagen.

Jetzige Beschwerden: Seit 2 Jahren bemerkt Patientin eine Geschwulst, die aus den äußeren Genitalien herausragt, und ihr zwar keine direkten Schmerzen macht, aber beim Gehen ein bedeutendes Hindernis ist. Diese Geschwulst hat seit den letzten Monaten sehr an Größe zugenommen.

Status: Mittelkräftig, etwas kachektisch, blaß, Brüste atrophisch, kein Colostrum, Inguinaldrüsen beiderseits geringgradig geschwollen, aber schmerzlos.

Vulva: Geschlossen, entsprechend dem rechten großen und kleinen Labium, zieht sich bis an die Clitoris hinauf eine über taubeneigroße polypöse, an der Innenfläche exulcerierte und leicht blutende, noch verschiebliche offenbar maligne Neubildung. Introitus und Vagina mittelweit. Aus dem Cervicalkanal schleimig eiterige Sekretion.

Behandlung: 26. März Operation in Chloroform-Narkose. Abtragung mit dem Paquelin. Umstechung einer spritzenden Arterie, schließlich Verschluß des Defektes durch fortlaufende Catgutnaht, wobei rechts ziemlich nahe an den Urethralwulst herangegangen werden mußte.

Nach der Operation Wasser spontan, geringe Schmerzen, Allgemeinbefinden gut.

4. April: Die Excisionswunde ist per primam vereinigt und ziemlich trocken. Geheilt entlassen.

Gewicht bei Aufnahme 108 Pfund, bei Entlassung 105 Pfund.

Auf Anfrage von den Angehörigen die Nachricht, daß Patientin nach der Operation sich lange Zeit sehr wohl gefühlt, dann die Wassersucht bekommen habe und am 7. Dezember 1905 gestorben sei.

Fall 10.

1. Juli 1908.

Frankenberger Rosina, 34 Jahre, seit einem Jahre verheiratet.

Anamnese: Mutter an Magenkrebs gestorben.

Jetzige Beschwerden: Ausfluß, Schmerzen an der Narbe, die nach einem Dammriß blieb. Im Juni 1907 eine Narbenoperation, kann nichts genaueres angeben. Die Operationswunde ist seit 14 Tagen wund; seit 14 Tagen geht besonders beim Gehen viel Blut ab.

Erste Menses mit 14 Jahren, stets ohne Besonderheit.

Status: Leidlicher Ernährungszustand. Lunge, Brüste, Leib ohne Befund.

Vulva: Rima geschlossen. An der rechten Seite der Vulva eine ca. zweimarkstückgroße Erosion, die sehr leicht blutet. Die Umgebung links wie rechts bretthart.

Vagina: Wände der Vagina zum größten Teil in starre Tumormassen verwandelt, ebenso das ganze Perineum bis zum Rectum.

Uterus: Klein, anteflektiert, beweglich. Portio in der Interspinallinie zapfenförmig.

Behandlung: 6. Juli, Probeexcision in Aethernarkose. Die Schnittflächen werden verschorft, da die Fäden durchrissen.

8. Juli: Die Probeexcision ergibt ein vom Epithel der Haut ausgehendes Carcinom.

10. Juli: Operation: In Inhalations-Narkose Ausschälung des faustgroßen zwischen Rectum und Vagina gelegenen Tumors im Gesunden. Es muß jedoch der unterste Teil des Rectum samt dem Sphincter mitentfernt werden. Außerdem wird die ganze Scheide und der Uterus vaginal total-exstirpiert. Das Peritoneum wird geschlossen. Die große Wundfläche des Dammes und der Scheide nach Möglichkeit verkleinert, der Rest tamponiert.

Nach der Operation sehr schwacher, unregelmäßiger Puls (Campfer, Coffein, Kochsalz-Infusion).

11. Juli: Puls wieder regelmäßiger und kräftig. Flatus gehen ab. Patientin hat dabei starke Schmerzen (Blasenspülungen).

12. Juli: Wechsel der Tamponade. Stuhl geht unwillkürlich ab. Patientin kann nicht spontan urinieren. Die Wundhöhle wird täglich mehrmals gespült.

20. Juli: Patientin kann wieder spontan urinieren.

23. Juli: Zum ersten mal außer Bett.

2. August: Patientin wird auf Wunsch gebessert entlassen.

Gewicht bei der Aufnahme 136 Pfund, bei der Entlassung 136 Pfund.

Auf Anfrage die Mitteilung des Mannes, daß Patientin am 4. Mai 1909 an Mastdarmkrebs starb.

Fall 11.

26. Februar 1910:

Pemerl Anna, 57 Jahre, Müllersfrau, (Dieffenbach).

Anamnese: Immer gesund, 8 Entbindungen (1 Zange) 4 Kinder lebend, 3 Aborte. Letzte Entbindung vor 16 Jahren. Erste Menses mit 15 Jahren, dann regelmäßig bis zum 43. Jahre. Ende September 1909 im Anschluß an ein Trauma (Stroß gegen die Genitalien) Schmerzen und Schwellung der rechten Schamlippe.

Am 22. Oktober wurde an dem rechten Labium min. ein Geschwür von Walnußgröße exzidiert (im Krankenhaus zu Waldmünchen) Auftreten der gleichen Beschwerden anfangs Januar 1910. Nach 4 Wochen ärztliche Konsultation. Rat zur Operation.

Status: Kräftige Konstitution, große Inguinaldrüsen-Pakete.

Vulva: Rechtes Labium maj. etwas geschwellt. Die entsprechende kleine Labie in einen walnußgroßen Tumor von roter Farbe umgewandelt, polypöser Bau, sehr schmerzhaft.

Behandlung: 1. März Operation, Umschneidung des hühnereigroßen, flachaufsitzenden Carcinoms, weit im Gesunden. Verlängerung des Schnittes nach der rechten Inguinalgegend. Der Tumor wird im Zusammenhang mit den Lymphbahnen und einem großen Paket geschwollener Drüsen abpräpariert. Verschluß der großen Wunde durch tiefe und große Nähte. Zwei Jodoformgaze-Streifen werden als Drains in die Wunde eingelegt.

Mikroskopische Untersuchung der Drüsen ergab Carcinom derselben.

Der Heilungsprozeß verlief gut und ohne abnorme Reaktion.

14. März entlassen.

Gewicht bei der Aufnahme 169 Pfund, bei der Entlassung 162 Pfund.

Auf Mitteilung des Mannes bereits am 20. September desselben Jahres ihrem Leiden erlegen.

Fall 12

20. Februar 1911.

Schweigert Therese, 64 Jahre, Steinhauerswitwe (Wemding).

Anamnese: Mutter an Pneumonie, Vater an Altersschwäche, Schwester an Geisteskrankheit gestorben, dreimal normal geboren.

Jetzige Beschwerden: Seit 2 Monaten übelriechender weißer Ausfluß aus den Genitalien, Brennen beim Wasserlassen und zunehmend ziehende Schmerzen beim Gehen und Bücken.

Status: Alte schwächliche Frau von marastischen Aussehen. Inguinaldrüsen beiderseits stark geschwollen.

Vulva: Die ganze Vulva in eine große Tumormasse verwandelt; die hauptsächlich in den leiden linken Lippen wurzelt, die rechtsseitigen aber auch größtenteils mitergriffen hat. Die Klitoris ist bei der hochgradigen Gewebsentartung gar nicht mehr zu unterscheiden. Die Konsistenz des Tumors ist nicht überall von der gleichen Derbheit; dort, wo die Oberfläche erhalten ist, ist sie samtartig, mit weißlich-grauer Schicht leicht bedeckt; im übrigen ulcerös zerfallen und blutend, bezw. jauchig nässend.

Behandlung: 14. Februar Operation: 1 Stunde vor der Operation Scopulamin. In gut verlaufender Lumbal-Anästhesie. Abtragung der rechten Schamlippe zu zwei Drittel und der linken ganz. Freipräparieren der beiderseitigen Inguinaldrüsen.

Nach der Operation schwach, aber verhältnismäßiges Wohlbefinden. Urin spontan, Schmerzen geringer. Die Heilung geht gut vonstatten.

22. März entlassen.

Gewicht bei der Aufnahme 110 Pfund, bei der Entlassung 106 Pfund.

Nach Erkundigung bei der Ortsbehörde ist Patientin am 22. März 1912 an „Krebskrankheit" gestorben.

Fall 13.

16. März 1911.

Doll Margarete, Korbflechtersfrau, 63 Jahre, verheiratet seit 1881 (München).

Anamnese: Vater und 3 Geschwister an Tbc. Pulm., Mutter an Gebärmutterkrankheit gestorben. 4 Geschwister leben und sind gesund. Selbst immer gesund. Erste Menses mit 18 Jahren, immer regelmäßig und gut. 10 mal geboren. 5 Kinder tot, 5 leben und sind gesund. Letzter Partus vor 20 Jahren.

Jetzige Beschwerden: Beim Harnlassen Schmerzen, weil sie „offen" ist.

Status: Ziemlich rüstig, aber seniles Aussehen.

Vulva: An der Klitoris Ulcerationen, die sich auf die linke Lippe fortsetzen. Inguinaldrüsen leicht geschwellt.

Behandlung: Anfangs Bestrahlung.

20. März: Operation: Es wurde die Excision des linken Lab. maj. vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom.

Keine Beschwerden, normaler Heilungsverlauf.

2. April: Geheilt entlassen.

Gewicht bei der Aufnahme 94 Pfund, bei der Entlassung 86 Pfund.

Auf mündliche Erkundigung bei der Familie die Mitteilung, daß Patientin seit der Operation unter zunehmendem Brennen beim Urinieren viel zu leiden hatte, bei sonst verhältnismäßigem Wohlbefinden. Sie hatte vor, sich zu erneuter Behandlung in die Frauenklinik zu begeben, als sie im Anschluß an eine Influenza am 25. Januar 1912 an Lungenentzündung verstarb.

In folgendem sollen diese 13 Fälle einer zusammenfassenden Betrachtung unterzogen werden. Bei 6 Fällen (3, 4, 5, 7, 8, 10) wird angegeben, daß es sich um ein Carcinom handle, das vom Plattenepithel der Haut seinen Ausgang nahm. Bei den anderen 7 Kranken fehlen leider darüber die Angaben.

Ueber die Aetiologie besteht nur in einem Falle (11) eine Angabe. Dort führt die Patientin das Carcinom auf ein Trauma zurück, einen Stoß gegen die Genitalien, den sie sich vor einem halben Jahre zuzog. Analoge Fälle sind zwar in der Literatur mehrere bekannt, aber verhältnismäßig so selten, daß im allgemeinen ein Trauma als ätiologisches Moment für Vulva-Ca. nicht in Betracht kommt. So weist Veit mit Recht darauf hin, daß zu den mechanischen Berührungen, denen die Genitalien bei der Kohabitation ausgesetzt sind und besonders zu den häufigen Geburtsverletzungen die Seltenheit des Vulva-Ca. in gar keinem Verhältnis steht. Unter unseren Kranken ist in dieser Hinsicht Fall 10 bemerkenswert, wo die Krebsgeschwulst aus der Narbe eines alten Dammrisses sich entwickelte. Daß gerade diese Patientin ungewöhnlich jung an Jahren ist (34 Jahre) bestärkt den Verdacht, daß hier die Geburtsverletzung es war, die das Carcinom unmittelbar nach sich zog. West (Lehrbuch der Frauenkrankheiten) gibt in einem Fall Sturz auf die Ecke eines Stuhles, Koppert (Diss. Jena 1898) Stoß durch das Horn einer Ziege und in einem andern Falle Sturz auf die Geschlechtsteile, L. Mayer (Virch. Arch. Bd. 35) Druck durch anhaltendes Sitzen auf der Bettkante und fortgesetztes Scheuern eines Bruchbandes als Ursache für nachfolgendes Vulva-Ca. an. Außerdem ist eine Reihe Fälle bekannt, wo sich das Carcinom aus dem Druckreiz eines lange liegenden Pessars bildete. Daß luetische Ulcerationen der Vulva Krebs im Gefolge hätten, ist nicht erwiesen. Veit gibt in Erwägung, ob nicht die Naevi pigmentosi die Wiege des Carcinoms in manchen Fällen sein könnten. Es wäre von unseren Fällen da der 7. bemerkenswert, doch ist ausdrücklich erwähnt, daß irgend eine Druckempfindlichkeit an einem der zahlreichen Naevi nie bestand.

Eine Zusammenstellung des Alters unserer Patientinnen ergibt, daß das 7. Dezenium das bevorzugteste ist, während in noch höherem Alter das Vulva-Ca. bedeutend seltener auftritt, stuft sich die Häufigkeit nach den jüngeren Lebensjahren mehr allmählich ab, wie aus der Uebersichtstabelle zu ersehen ist:

Tabelle 2.

Alter	Fälle
34—40	1 = 7,7 %
41—50	3 = 23,1 %
51—60	3 = 23,1 %
61—70	5 = 38 %
71—75	1 = 7,7 %

Winckel fand von 62 Patientinnen mit Vulva-Ca.

6 = 9,7 %	im Alter von 30—40	Jahren
16 = 25,8 %	„ „ „ 41—50	„
20 = 32,2 %	„ „ „ 51—60	„
16 = 25,8 %	„ „ „ 61—70	„
4 = 6,5 %	„ „ „ 71—85	„

Die diesbezüglichen Uebersichten von West, Schwarz, Teller und Koppert decken sich mit der unsrigen. Schwarz führt als jüngste in der Literatur bekannte Patientin, eine 30jährige auf. Teller und West folgen mit einer 31jährigen. Bei uns ist die jüngste 34 Jahre (Fall 10), die älteste 75 Jahre (Fall 4). Der Grund der bevorzugten Disposition des höheren Alters ist zweifellos in der geringen Widerstandsfähigkeit der Haut zu suchen, die ihrerseits wieder auf der trägeren Regeneration der Gewebe und ihrer Säfte beruht.

Was die Anzahl der Geburten bei den einzelnen Patientinnen anlangt, so ist, wie aus Tabelle 3 zu ersehen, eine große Häufigkeit nicht zu verkennen, aber in keinem der Fälle ist sie zum nachfolgenden Carcinom in direkte Beziehung zu bringen.

Tabelle 3.

Fall No.	Geb. Zahl	nicht spontan
1	3	—
2	0	—
3	12	—
4	10	—
5	9	—
6	8	—
7	2	—
8	2	—
9	0	—
10	1	—
11	8	1
12	3	—
13	10	—
13	68	1

Auch verliefen die Geburten nahezu alle normal und ohne ärztliche Hilfe. Winckel berichtet über einen Fall von Vulva-Ca. bei einer Virgo, das aus einer angeborenen Warze der Klitoris nach 64jährigem Bestande sich entwickelte.

Die Art des Beginnes des Carcinoms war bei unseren Kranken eine recht verschiedene. In 4 Fällen (3, 4, 8, 13) fing das Leiden mit Brennen und Schmerzen beim Urinieren an, 3 (7, 10, 11) hatten zuerst über allgemeine Schmerzhaftigkeit, 2 (5 und 6) über starken Juckreiz an der Vulva zu klagen. Ebensoviele (1 und 9) beobachteten im Anfang ein Geschwür an den äußeren Genitalien. Durch Blutungen (2) und einfachen weißlichen Ausfluß ohne jede Beschwerden (12) wurden je eine der Patientinnen auf eine Anomalie am Geschlechtsteil hingewiesen. Besondere Beachtung verdient der Pruritus-Vulvae als Frühstadium; ist er als selbständiger Pruritus aufzufassen, aus dem unter Umständen sich das Carcinom entwickelt oder ist er als erstes Zeichen eines sich bereits entwickelnden Carcinoms anzusprechen? Veit läßt diese Frage generell unentschieden, und nimmt beides an. Aus unserer Zusammensetllung läßt sich in dieser Hinsicht auch kein bestimmter Schluß ziehen. Die Frage endgültig zu lösen, ist mehr Aufgabe der pathologischen Histologie. Einstweilen aber verdient jede Patientin mit Pruritus Vulvae fortgesetzt die genaueste Beobachtung. Teller berichtet über eine Frau, die 18 Jahre an Pruritus vulvae litt, bis sich dann erst ein Carcinom herausbildete.

Die Lokalisation des Carcinoms verteilt sich ziemlich gleichmäßig unter unsere 13 Fälle. Es sind ergriffen die Gesamtvulva bei 4, 6, 12; die linken Labien bei 3, 1, 13; die rechten bei 7, 9, 11; rechte und linke Labien bei 2; bei 5 und 8 nur beiderseits das kleine Labium; Klitoris bei 1, 5, 8; Urethra bei 2, und bei 2, 6, 8, 10 griff das Carcinom auch auf die Vagina über. Die Bevorzugung einer bestimmten Stelle, wie sie Koppert für die großen Labien angibt, ist also nicht zu erkennen. In einem Falle (7) sind Kontaktwucherungen, an der anderen Labie und an der Haut des Oberschenkels bemerkt. Es ist hier weniger das Uebergreifen der carcinomatösen Affektion auf die Labien der anderen Seite — davon sind von den verschiedensten Autoren Fälle erwähnt — als vielmehr auf die Oberschenkelhaut sehr interessant. Winckel betont, daß er ein gleiches in seiner Praxis nie beobachten konnte. Daß es sich hier übrigens wieder um die, oben schon wegen der am ganzen Körper in Ueberfülle vorhandenen Naevi pigmentosi erwähnte Patientin handelt, könnte auch die Vermutung aufkommen lassen, daß die von den Naevi durchsetzte Haut dem benachbarten Carcinom weniger Widerstand entgegensetzen konnte, und so die Kontaktinfektion erleichterte, wenn nicht gar bedingte.

Was das Verhalten der Inguinaldrüsen anlangt, so wurden sie in 6 Fällen nicht vergrößert, in 7 Fällen vergrößert gefunden, dar-

unter dreimal beiderseits. Veit berichtet, daß er bei allen Fällen, die er beobachten konnte, gleichzeitig die Drüsen derb infiltriert fand. Schwarz fand sie unter 23 Fällen elfmal infiltriert und unter diesen 5 mal nachweislich carcinomatös entartet. Warum die Inguinaldrüsen in dem einen Falle mitergriffen, im andern wieder frei sind, ist bisher nicht ergründet. Jedenfalls ist die Schwellung der Drüsen kein Indikator für die Schwere der Krebsinfektion oder die Zeitdauer ihres Bestandes; dafür sind eben die Angaben bei den einzelnen Patientinnen über Alter, Schwere der Erkrankung, Ernährungszustand und Gewichtsverhältnisse zu bunt durcheinandergewürfelt, um sie mit der Drüseninfektion auf eine vergleichende Linie bringen zu können.

Die Therapie bei Vulva-Carcinom ist die Radikal-Operation, wofern nicht vorgeschrittener Marasmus dieselbe kontraindiziert. Fritsch (Krankheiten der Frauen) gibt den Rat, auch bei allen sehr alten Frauen nicht mehr zu operieren, sondern nur durch Morphium Linderung zu verschaffen. Andererseits tritt er sowohl wie Veit, Küstner, Koblanck und Döderlein entschieden für die radikale Operation mit Ausräumung der Lymphdrüsen in jedem Falle ein, ob infiltriert oder nicht infiltriert. Dieser Vorschlag ist besonders den Erfahrungen der modernen Chirurgie zu verdanken, die gelehrt hat, daß beispielsweise bei Mamma-Carcinom die Rezidive nach unbedingter Ausräumung der Achseldrüsen überraschend seltener auftreten. Die Statistiken über die Operationen des Vulva-Ca. waren bei der Seltenheit dieser Erkrankung aus sich heraus eben nicht imstande, da bahnbrechend zu lehren. Döderlein hat die Erfahrung gemacht, daß sogar bei vorgeschrittenem Vulva-Ca. die totale Drüsenexstirpation Heilung brachte. Er präcisiert seinen Standpunkt in dieser Frage in Operativ. Gynaekol. von Döderlein und Krönig 1907: „Wenn die Operateure wie bei den anderen Carcinomen, so auch beim Vulva-Ca. künftighin in jedem Falle, gleichgültig, ob geschwollene Drüsen in der Schenkelbeuge getastet werden können oder nicht, das Drüsengebiet freilegen und alle sichtbaren Drüsen entfernen, so steht zu erwarten, daß man die Drüsencarcionose beim Vulva-Ca. wesentlich häufiger verzeichnet findet, und zu hoffen, daß mit der frühzeitigen Exstirpation auch der kleinsten Carcinomherde in den Drüsen und womöglich auch in den Lymphbahnen die Prognose der Radikalheilung sich weiterhin bessert.“ Teller vertritt dagegen auf Grund eigener Erfahrung und eingehender anatomischer Studien über den Verlauf und die Funktion des Lymphapparates die Ansicht, daß einerseits ein Hinübergreifen der Krebsgeschwulst über die Medianlinie hinaus, andererseits Infiltration beiderseitiger oder harte Knollen einseitiger Drüsen erst die Indikation zur Totalexstirpation der beiderseitigen Lymphapparate samt den Drüsen gebe. Unsere Patientinnen be-

fanden sich durchweg in leidlichem Kräftezustande, so daß alle operiert wurden, während man sich zur Exstirpation der Drüsen früher weniger leicht entschließen zu können schien. Bei 11 fanden sich die Inguinaldrüsen deutlich carcinomatös entartet. Von den 13 Fällen wurden zwei (10 und 11) außerhalb schon einmal am Vulva-Carcinom operiert, und kamen nach 12 und 4 Monaten als Recidivkranke zu uns. Während in ersterem Falle über die Drüsen keine Angaben bestehen, waren sie im zweiten Falle noch erhalten und geschwollen. Von den übrigen Fällen kam 3 dreimal zur Rezidiv-Operation (3a, 3b, 3c), und zwar nach 6, 3, 2¹/₂ Monaten. Die Drüsen werden erst nach der ersten Operation als links geschwollen erwähnt, und dann bei der zweiten Recidiv-Operation zum Teil exstirpiert. Beim dritten Rezidiv fand sich dann eine bedeutende Zunahme der Infiltration beiderseits und zugleich zog sich von der Vulva zur linken Inguinalgegend ein jauchiges Geschwür, offenbar im Verlauf der Lymphbahnen. Aehnlich liegen die Verhältnisse auch bei einem Falle, den Hoffmann erwähnt. Er stellt eine 84jährige Patientin vor, die innerhalb 15 Jahren 4 mal an Vulva-Carcinomen operiert wurde. Er führt die häufigen Rezidive lediglich auf die offenbar carcinomatös entarteten Drüsen zurück, die eben nicht exstirpiert waren. Umgekehrt findet sich bei 2 unserer Fälle, daß die vorher geschwollenen Inguinaldrüsen nach der Operation sich spontan zurückbildeten. (6 und 7).

Auch Fall 8 erlitt nach 2 Monaten ein Rezidiv. Von einer Drüsenschwellung oder Exstirpation ist dort allerdings nichts erwähnt.

Von der Methode der Igni-Exstirpation mit dem Paquelin, die bei den meisten hier angeführten Fällen noch Anwendung fand, ist man jetzt größtenteils abgekommen und hat das Messer an deren Stelle treten lassen. Teller empfiehlt immerhin die exulcerierte Oberfläche vorerst mit dem Paquelin zu verschorfen, damit von dort eine Infektion auf die mit dem Messer im Gesunden gelegte Schnittwunde mit krebsigen Keimen ausgeschlossen wird. Das Messer empfiehlt sich durch die Möglichkeit eines radikaleren Operierens, zumal bei gleichzeitiger Drüsenexstirpation und durch Aussicht auf schnellere Heilung per primam bei den glatten Schnittflächen. In unseren Fällen war der Heilungsverlauf durchweg ein glatter ohne Fieber und ohne Komplikationen. Durchschnittlich konnten die Kranken schon nach 18 Tagen aus der Klinik entlassen werden. Auch hat das subjektive Wohlbefinden der Patientinnen kaum merklich gelitten, wie aus beifolgender Gewichtstabelle zu ersehen ist, die nur unbedeutende Schwankungen, einmal sogar (4) eine Steigerung aufweist.

Tabelle 4.

No.	Pfd. Gewicht bei: Eintritt:	Austritt:	Gewinn:	Verlust:
1	—	—	—	—
2	—	—	—	—
3	89	89	—	—
4	86	89	3	—
5	104	101	—	3
6	86	80	—	6
7	101	99	—	2
8	102	97	—	5
9	108	105	—	3
10	136	136	—	—
11	168	162	—	6
12	110	106	—	4
13	94	86	—	8

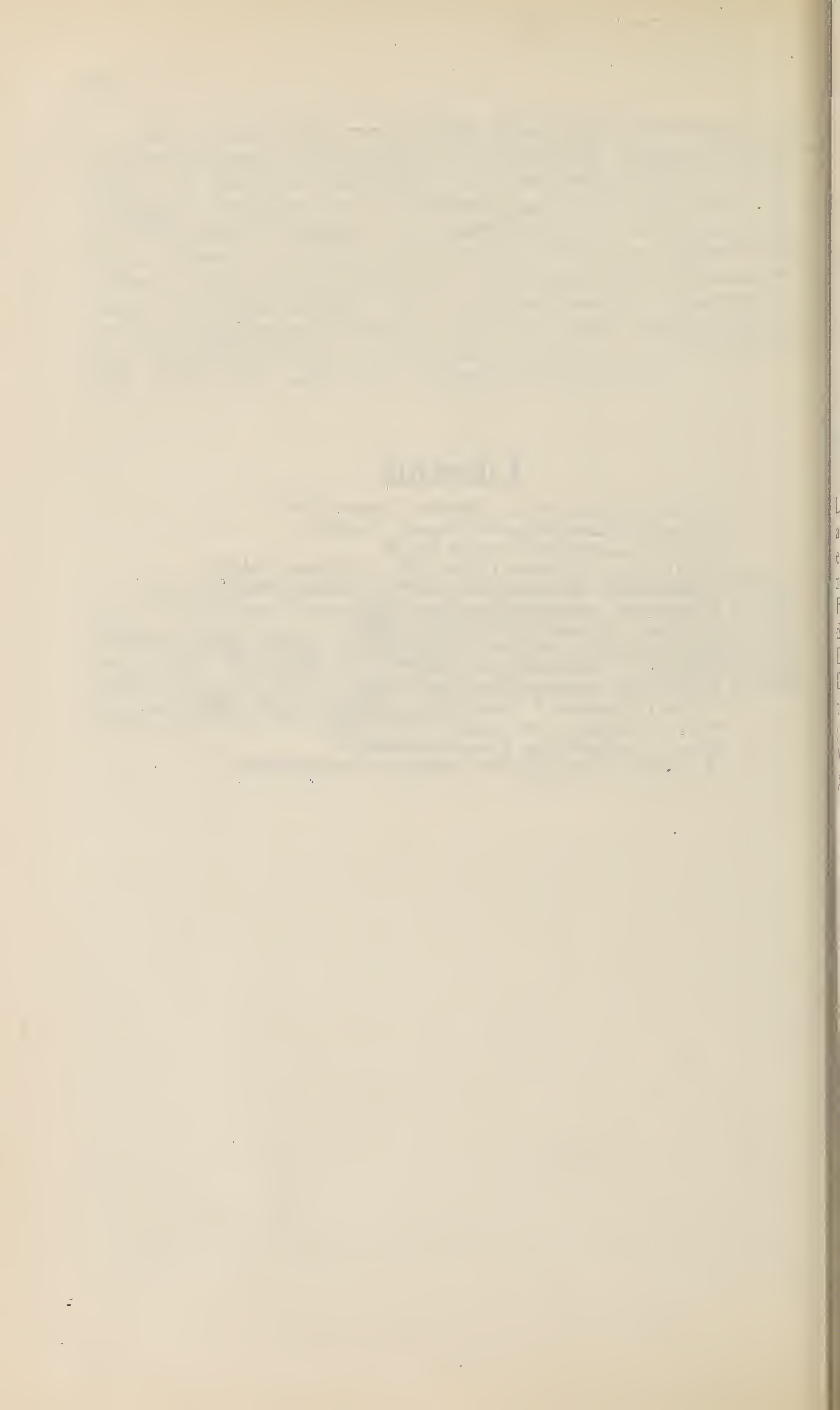
Mackenrodt empfiehlt die Elektrokauterektomie, da er sich davon schnellere und aussichtsreichere Primärheilung verspricht, als von der Thermokauterektomie. Ueberhaupt gibt er der Igni-Exstirpation vor dem Messer abgesehen von geringerem Blutverlust schon deswegen den Vorzug, weil er die mit dem Messer behandelten Vulva-Ca. alle bald am Rezidiv zugrunde gehen sah, während er die größeren Erfolge der Igni-Exstirpation der festen Brandnarbe zuschreibt, die immerhin sichereren Schutz gegen Neuinfektion zu bieten vermöge. Die Vorzüge dieses von einem New-Yorker Physiker Forest konstruierten „Elektrokauters" faßt Mackenrodt wie folgt zusammen: „Dieser Apparat wirkt nämlich nicht mehr durch eigene Wärme (er selbst wird nicht warm), sondern durch den von ihm ausgehenden elektrischen Hochfrequenzstrom, welcher wie ein scharfes Messer die Gewebe linear auflöst. Es ist nicht möglich, durch strahlende Wärme benachbarte Gefäße zu lädieren, es ist auch nicht möglich, damit Brandwunden zu setzen, die tiefere Narben zur Folge haben. Die parenchymatöse Blutung = null." Einige andere Heilungsmethoden sollen der Vollständigkeit wegen hier auch Erwähnung finden. Veit macht auf die X-strahlenbehandlung aufmerksam und empfiehlt sie auch zur Nachbehandlung. Erfolge sind zweifellos festgestellt, aber von fraglicher Dauer. Auch kommen nur leichte Fälle in Betracht. Ebenso übt Radium einen zerstörenden Einfluß auf die Krebsgeschwülste aus, ohne daß jedoch Heilung erzielt wurde. Immerhin bedarf es noch längere Zeit der Beobachtung, ehe man ein Urteil über den Wert aller dieser Methoden abgeben kann. Mit der Aufdeckung des Wesens des Krebses wird wohl erst eine wirklich erfolgreiche Therapie einsetzen können.

Der Verlauf aller unserer Fälle beweist nur von Neuem, wie ernst die Prognose beim Vulva-Ca. zu stellen ist. Ueber die Frauen sind z. T. von den Verwandten, z. T. von den Behörden Erkundigungen eingezogen, von 2 Patientinnen (2, 4) war nichts mehr in Erfahrung zu bringen. Von den übrigen 11 lebt keine mehr. 6 von ihnen (1, 5, 7, 8, 11, 13) starben schon vor Ablauf eines Jahres, 4 (3, 6, 10, 12) nach ca. 1 Jahr, und eine (9) nach $2^1/_2$ Jahren an ihrem Leiden, d. h. an einem Rezidiv. Immerhin ist aus den eingelaufenen Berichten auch zu ersehen, daß die Operation in manchen Fällen den Zustand der Kranken nicht unwesentlich, wenn auch leider nur vorübergehend besserte.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für die gütige Ueberlassung, sowie Herrn Privatdozenten Dr. Franz Weber für seine freundliche Anleitung und jederzeit mit größter Liebenswürdigkeit gewährte Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Döderlein-Krönig: Operativ. Gynaek. 1907.
Fritsch: Krankheiten der Frauen, 11. Aufl.
Gurlt: Langenbeck's Archiv Bd. 25.
Hoffmann: Zeitschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynaek. Bd. 67.
Koblanck: Zeitschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynaek. Bd. 36.
Koppert: Inaugural-Diss. Jena 1898.
Küstner: Centralbl. für Gynaek. 1904.
Mackenrodt: Zeitschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynaek. Bd. 67.
Mayer L.: Virchows Arch. Bd. 35.
Schwarz: Inaugural-Diss. Berlin 1893.
Teller: Zeitschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynaek. Bd. 61 1907.
Veit: Handbuch der Gynaek. 4. Bd. 1910.
West: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
Winckel: Pathologie der weiblichen Sexualorgane.



Lebenslauf.

Verfasser, Fritz Winkelmann, kath. Konfession, Sohn des Landesökonomierats Christoph Winkelmann, Rittergutsbesitzer auf Haus Köbbing bei Münster i. W., wurde am 9. Januar 1883 ebendort geboren. Er absolvierte im Herbst 1904 das kgl. Gymnasium zu Münster, genügte seiner Militärpflicht beim II. Westf. Feld-Art.-Regt. No. 22 und besuchte zum Studium der Medizin die Universitäten Münster, Heidelberg, Berlin, Kiel und München. Die ärztliche Vorprüfung bestand er im Herbst 1907 zu Kiel. Das Staatsexamen im Winter 1910/11 zu München. Das praktische Jahr absolvierte er im St. Josephs-Hospital zu Elberfeld (10 Monate) und in der Nervenheilanstalt Neufriedenheim bei München (2 Monate). Am 20. März 1912 erhielt er die ärztliche Approbation.

